

TRATAMIENTO CORRECTOR DEL PIE ZAMBO

Dres.: J. Xicoy Forgas
F. X. Mir Bullo

El pie equino varo congénito es una desviación hacia adentro del mismo en sus más diversos grados.

Es una deformidad congénita. Su etiología será, pues, la de las demás enfermedades congénitas. Concurren factores endógenos y factores exógenos y según el tiempo de actuación de los mismos da lugar a formas embrionarias y fetales.

Según MERCER el pie zambo puede ser resultado de una anomalía ósea, neuromuscular, o puede ser calificado de idiopático. El tipo óseo es poco frecuente y acompaña a la ausencia congénita de la tibia. El muscular tiene como esencial representante el que trae consigo la artrogriposis múltiple congénita. Por último el idiopático que es el principal grupo y al cual dedicaremos este trabajo.

BROWN clínicamente distingue tres grados de desórdenes en el pie zambo:

Primer grado: la aducción será la única desviación.

Segundo grado: la inversión y el equinismo están presentes junto a la aducción.

Tercer grado: hay aducción e inversión pero no equinismo. (Figuras 1 A; B y C).

Existen con frecuencia ciertas anomalías de inserción tendinosa que explicarían no sólo la desviación patológica sino también el fracaso del tratamiento conservador. Entre ellas las más frecuentes son la inserción en delta del tibial anterior, en abanico del tibial posterior y la medilizada del tendón de Aquiles. (Figuras 2 A, B y C).

Radiológicamente podemos observar en la imagen de frente la superposición del calcáneo y del astrágalo que no presentan la angulación abierta hacia delante como en los casos normales. En la imagen de perfil los tres signos de TURCO: Paralelismo astrágalo-calcáneo, el calcáneo no taliza y el extremo anterior del calcáneo no se superpone sobre el astrágalo. Estos tres signos según el mencionado autor son de capital importancia para el diagnóstico, y su desaparición es la mejor muestra de una buena reducción, de un buen pronóstico en cuanto a la prevención de su recidiva. (Figura 3).

Servicio de Cirugía Ortopédica del Hospital del Sagrado Corazón de Barcelona, España.
(Dr. A. S. Palazzi).
Trabajo leído en las "XVIII JORNADAS VENEZOLANAS DE CIRUGIA ORTOPEDICA".
CURAZAO - Noviembre 1977.

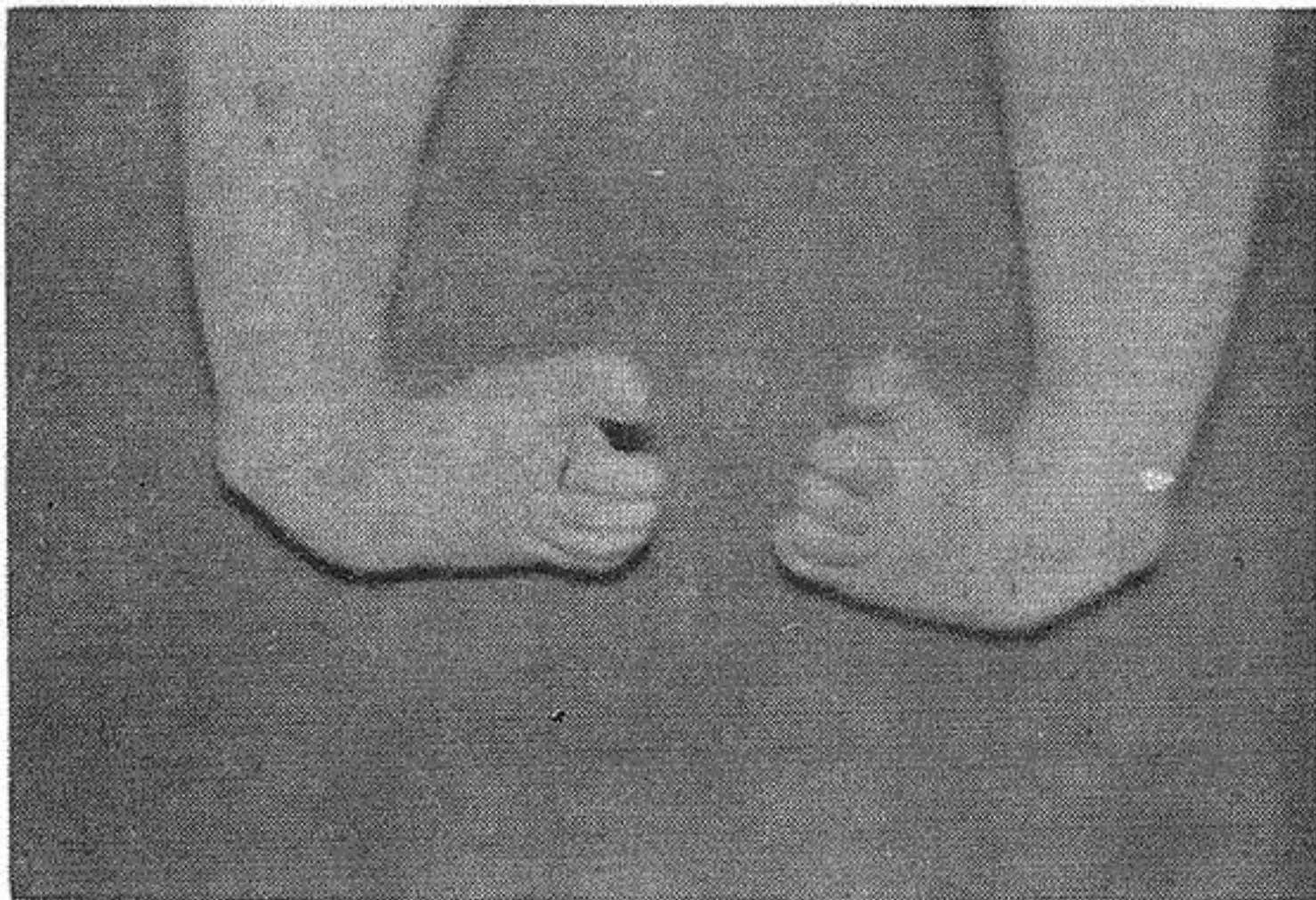
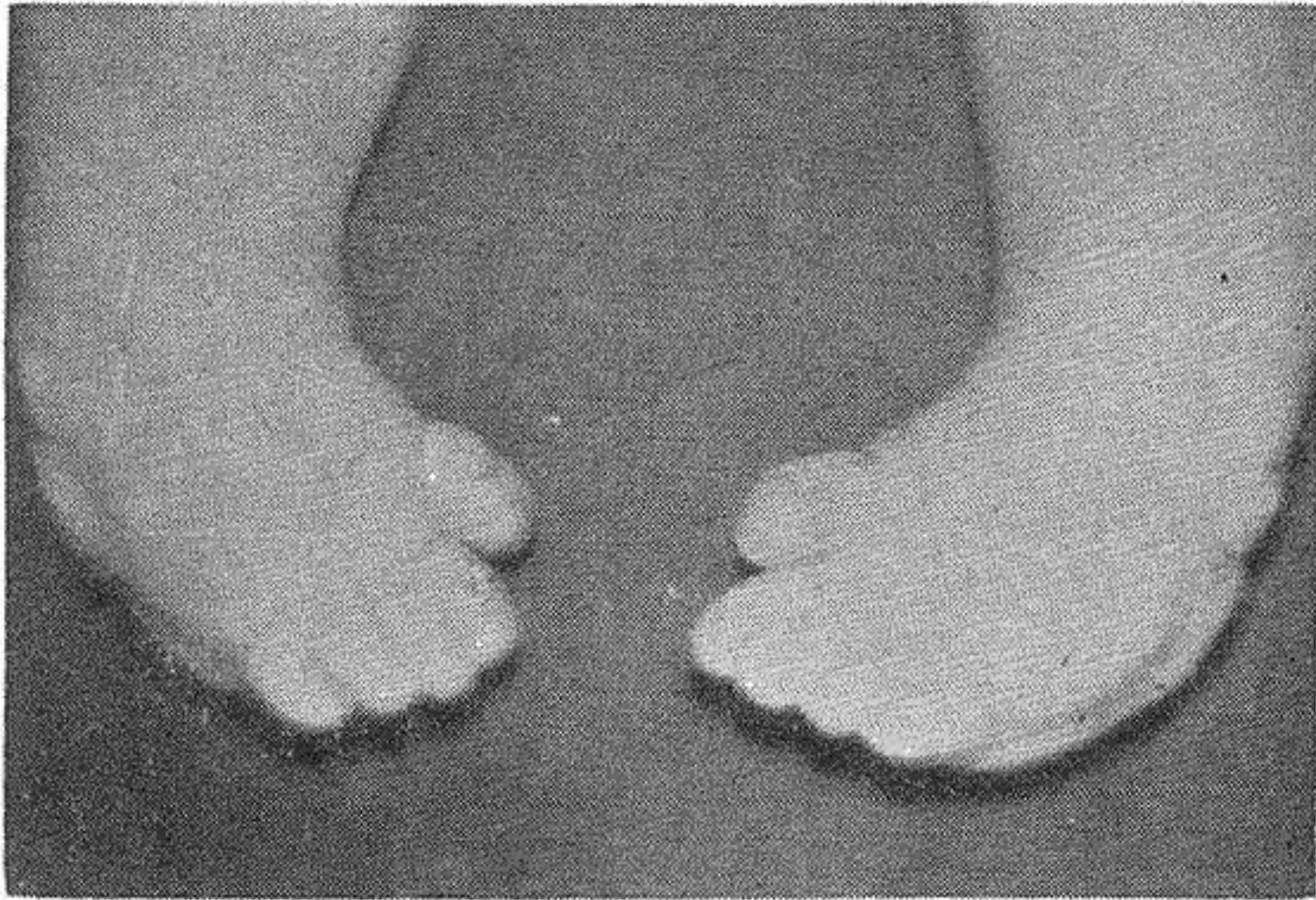


Fig. 1 A. Aducción. B. Aducción Inversión Equino. C. Aducción Inversión sin Equino.

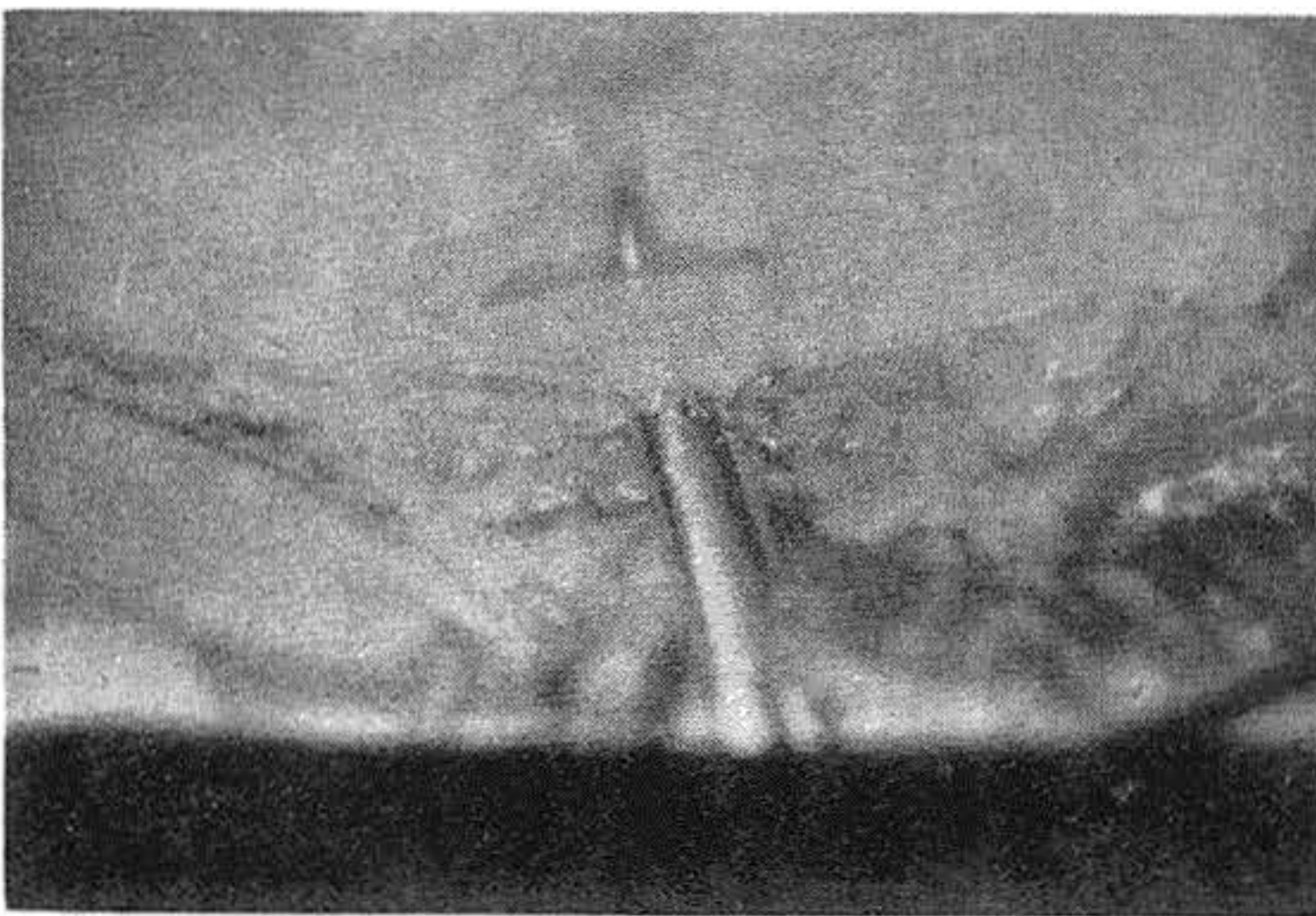
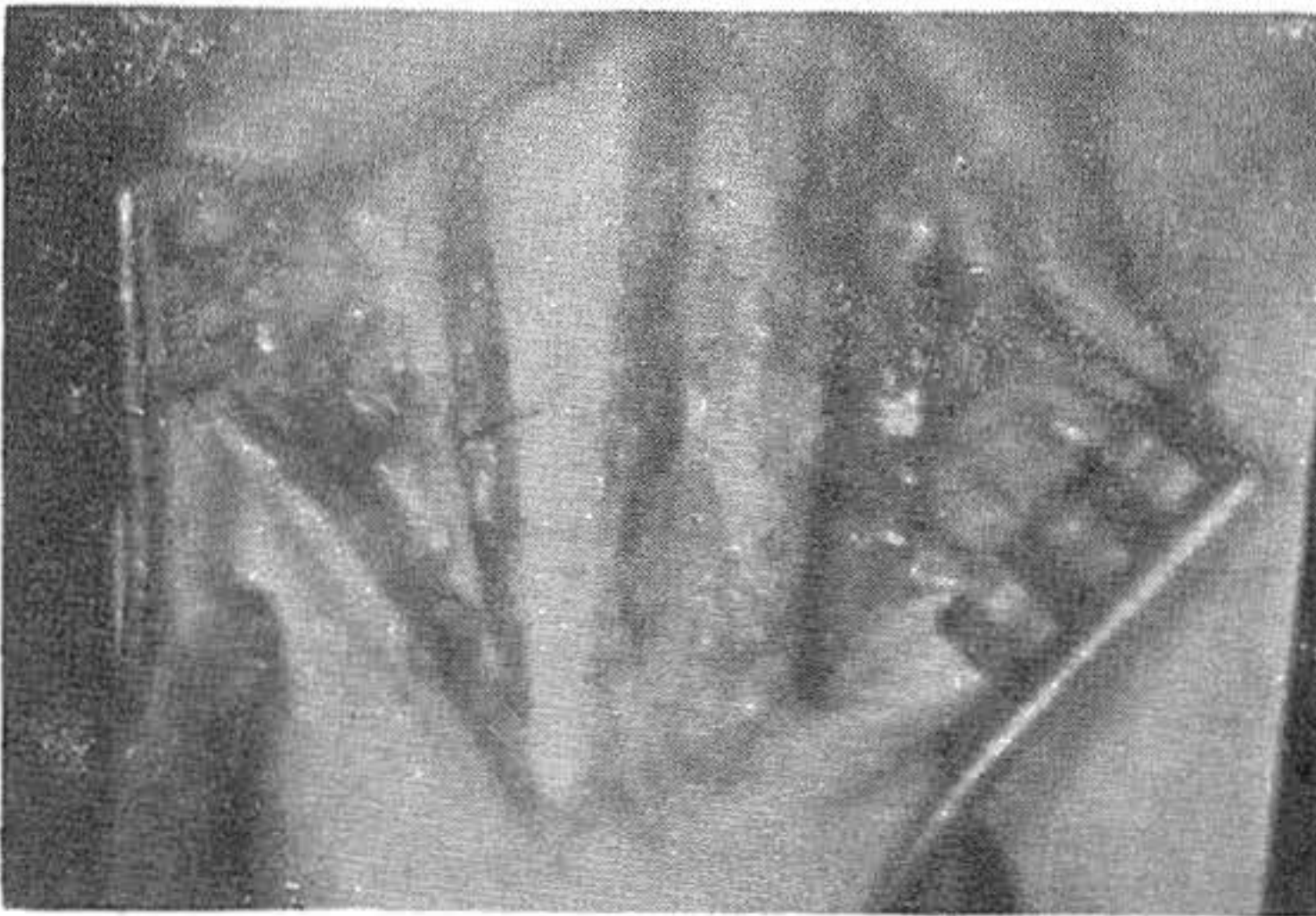
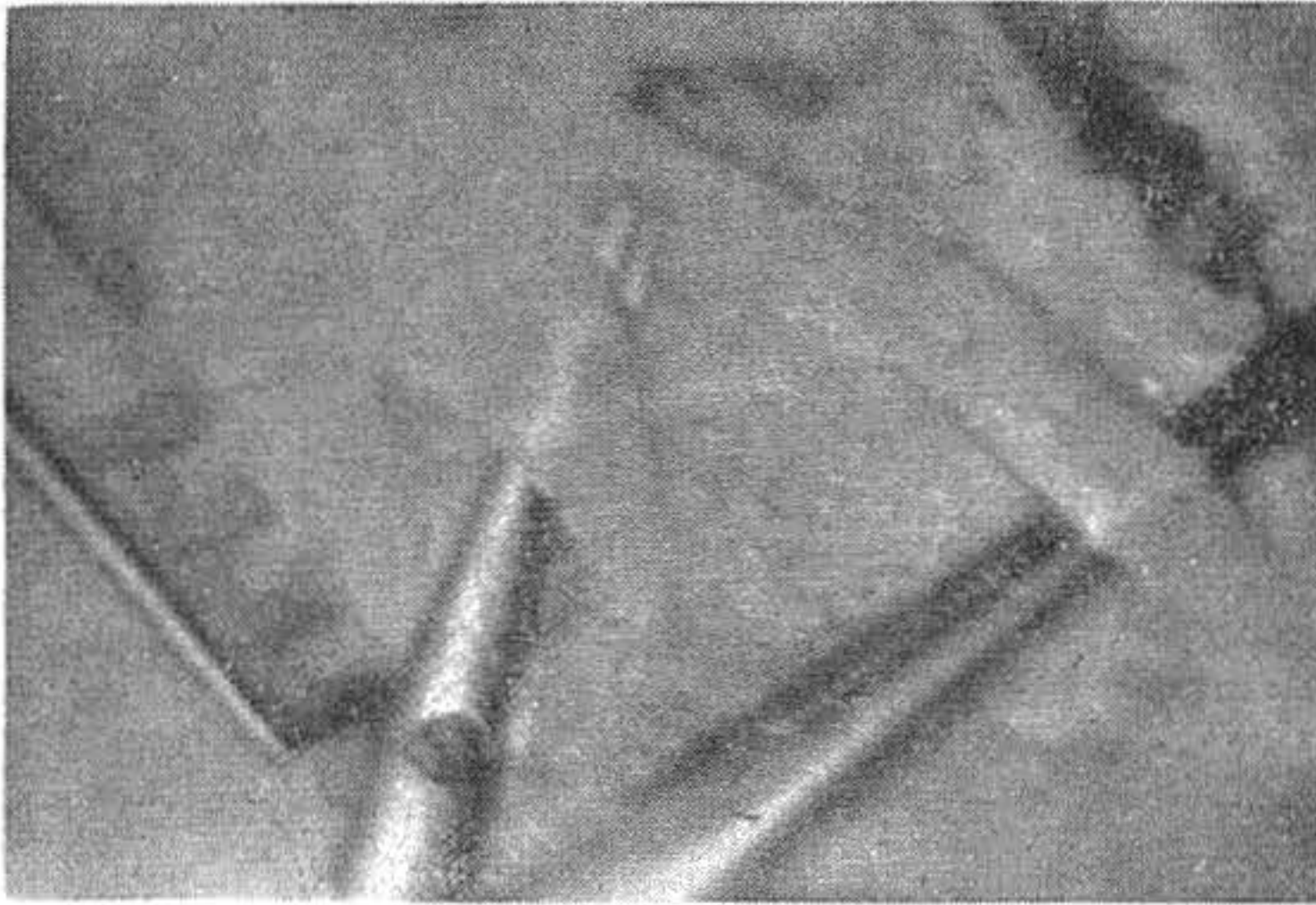


Fig. 2 A. Anomalia inserción T.A y T.P. B. Anomalia inserción Aquiles. C. Anomalia T.p.

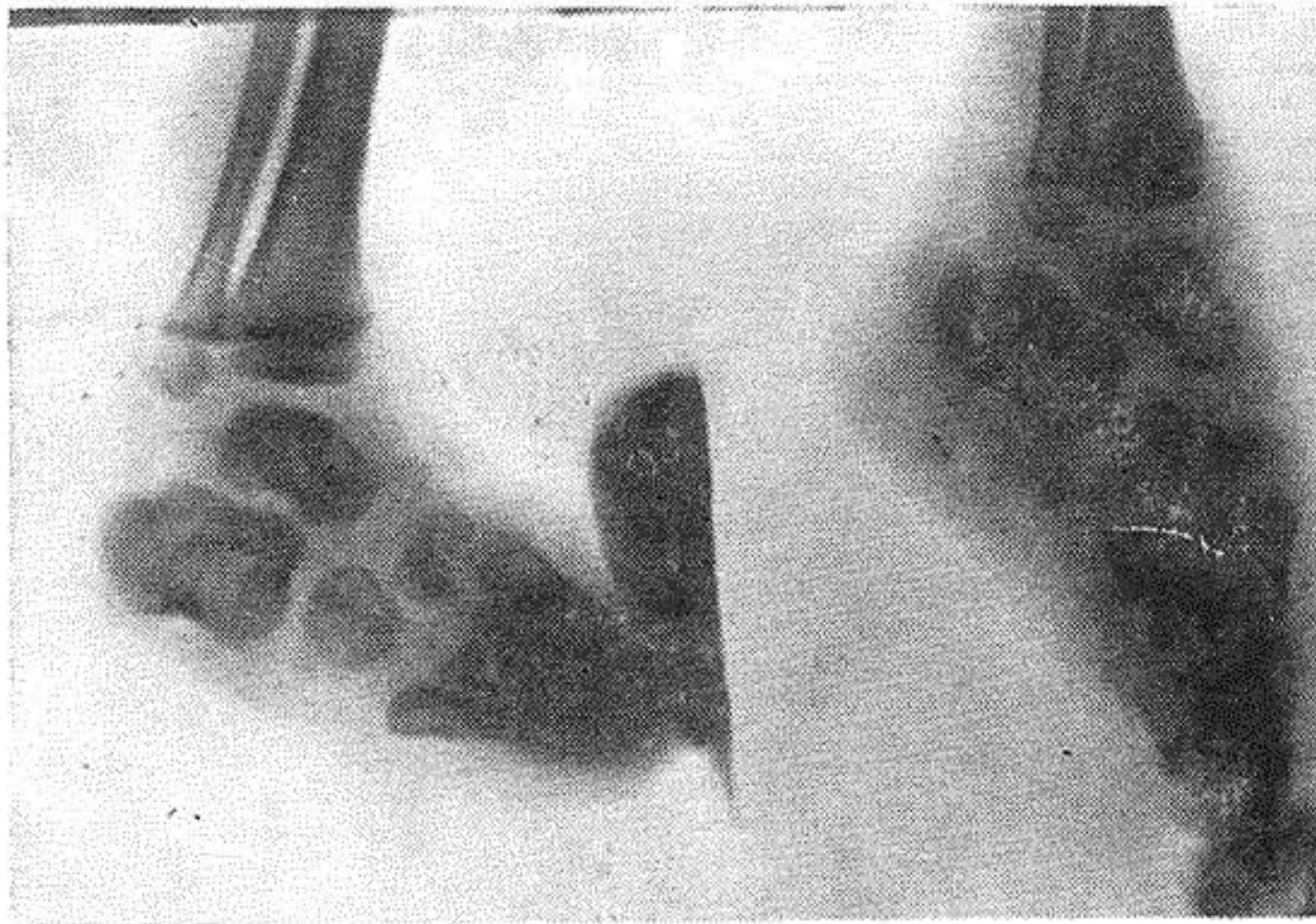


Fig. 3 Radio L.

Siguiendo a PAIS establecemos la siguiente pauta terapéutica:

Desde el nacimiento hasta el año de edad, yesos.

Hasta los 12 años, operaciones sobre partes blandas.

Después de los 12 años, operaciones óseas.

Sólo existen dos excepciones a esta regla. La elongación del aquiles antes del año cuando sea ésta la deformidad residual, corregidas todas las demás y la osteotomía del calcaneo cuando ya llegados los 8 años persiste un varismo del mismo como única deformidad del retropié.

Se procura iniciar el tratamiento a las tres semanas de vida. No antes ya que la debilidad de las estructuras pueden dar lugar a la aparición de problemas cutáneos y circulatorios.

Según PONSETI se procurará corregir primero la aducción y la inversión dejando para más adelante la corrección del equinismo. Se cambiarán los yesos cada semana durante las 3 primeras semanas. Luego cada 15 días hasta los dos meses. Seguiremos a continuación con zapatos invertidos. Si pasado el año no se ha conseguido una corrección satisfactoria se procederá a la operación.

En las figuras 4 A, B y C y 5 A, B y C, mostramos esquemas de los tiempos operatorios. Elongación de los músculos anterointernos, capsulectomía astrágalo-escafoidea, capsulectomía subastragalina interna, elongación del tendón de aquiles, y capsulectomía posterior subastragalina y tibioastragalina. Reducción de la luxación astrágalo-escafoidea y fijación de los huesos con una aguja de Kirshner. Se suturan los tendones elongados y se reinsertan el tibial anterior al primer espacio intermetatarsiano.

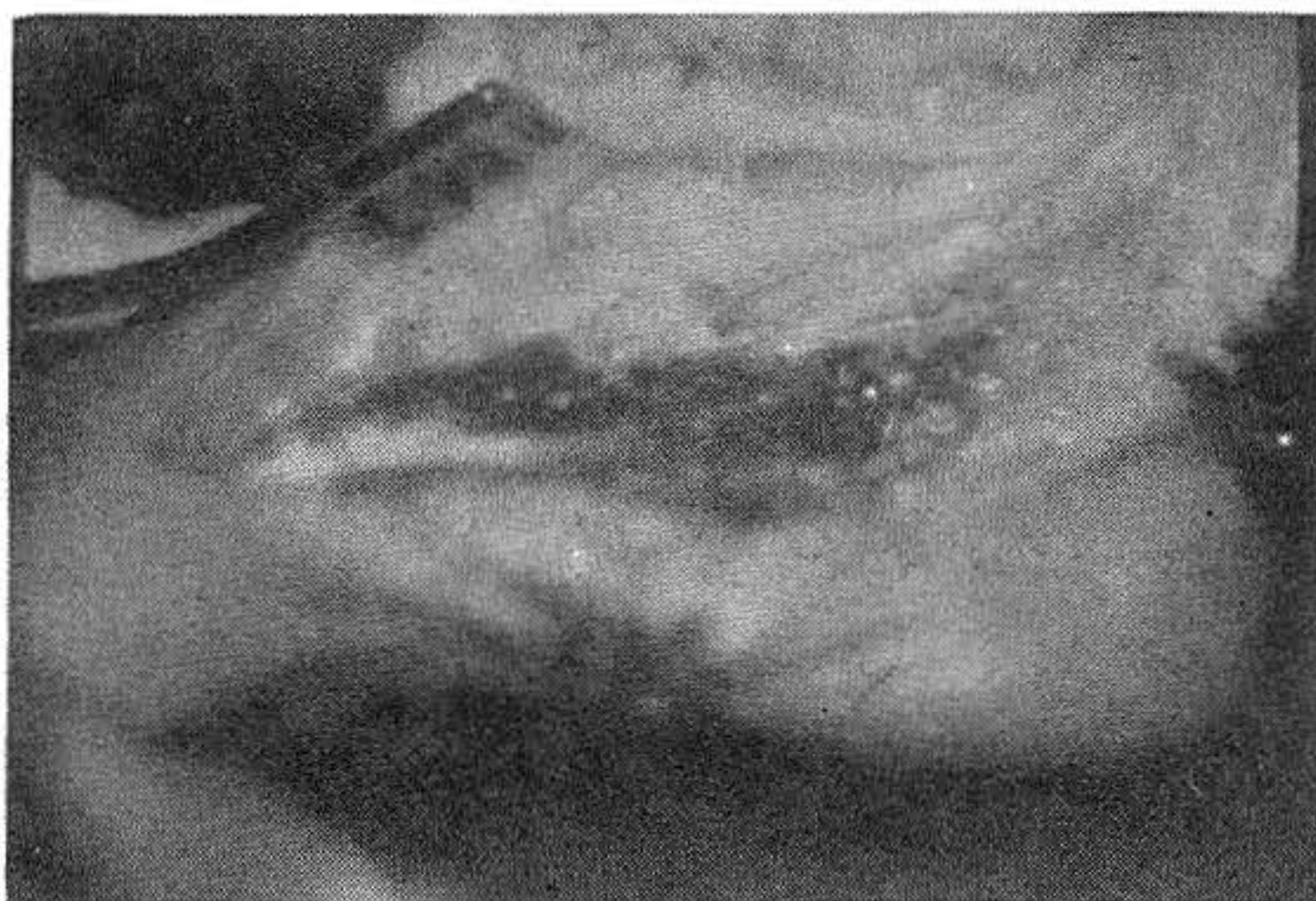
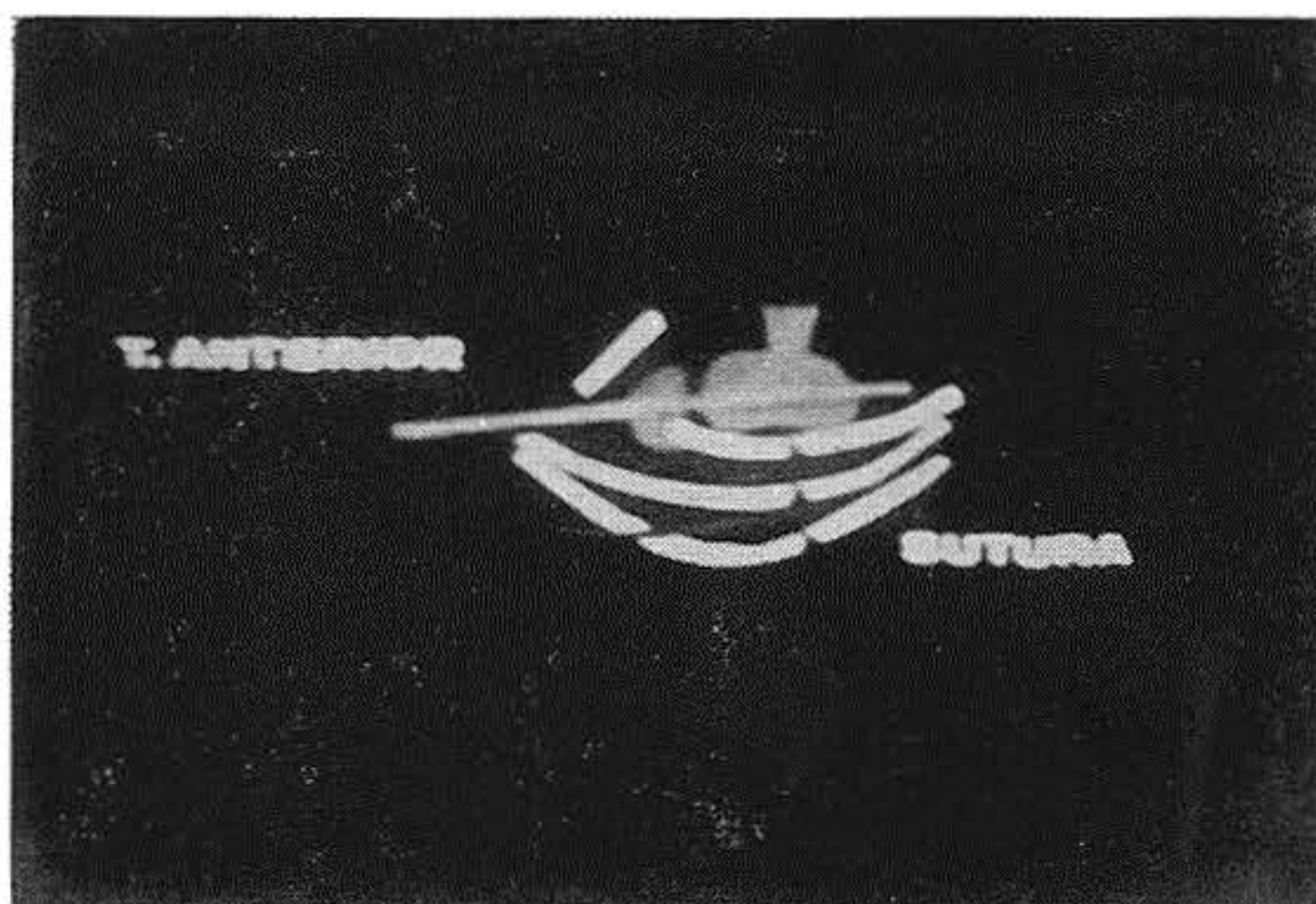
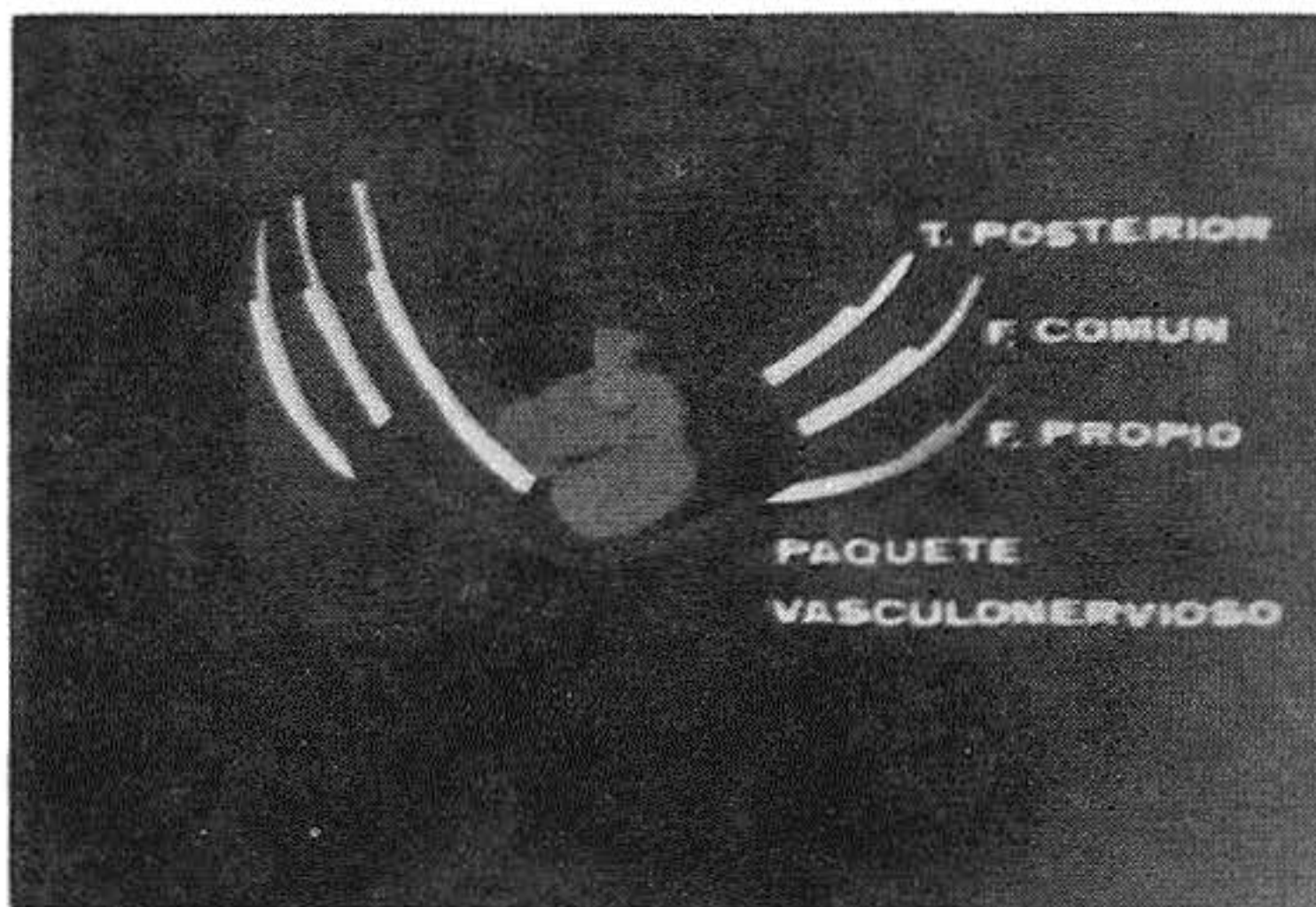


Fig. 4 A. Elongación Flexores y capsulectomías. B. Sutura y reducción de la luxación astrágalo-escafoidea. C. Incisión mostrando el músculo abductor del dedo gordo.

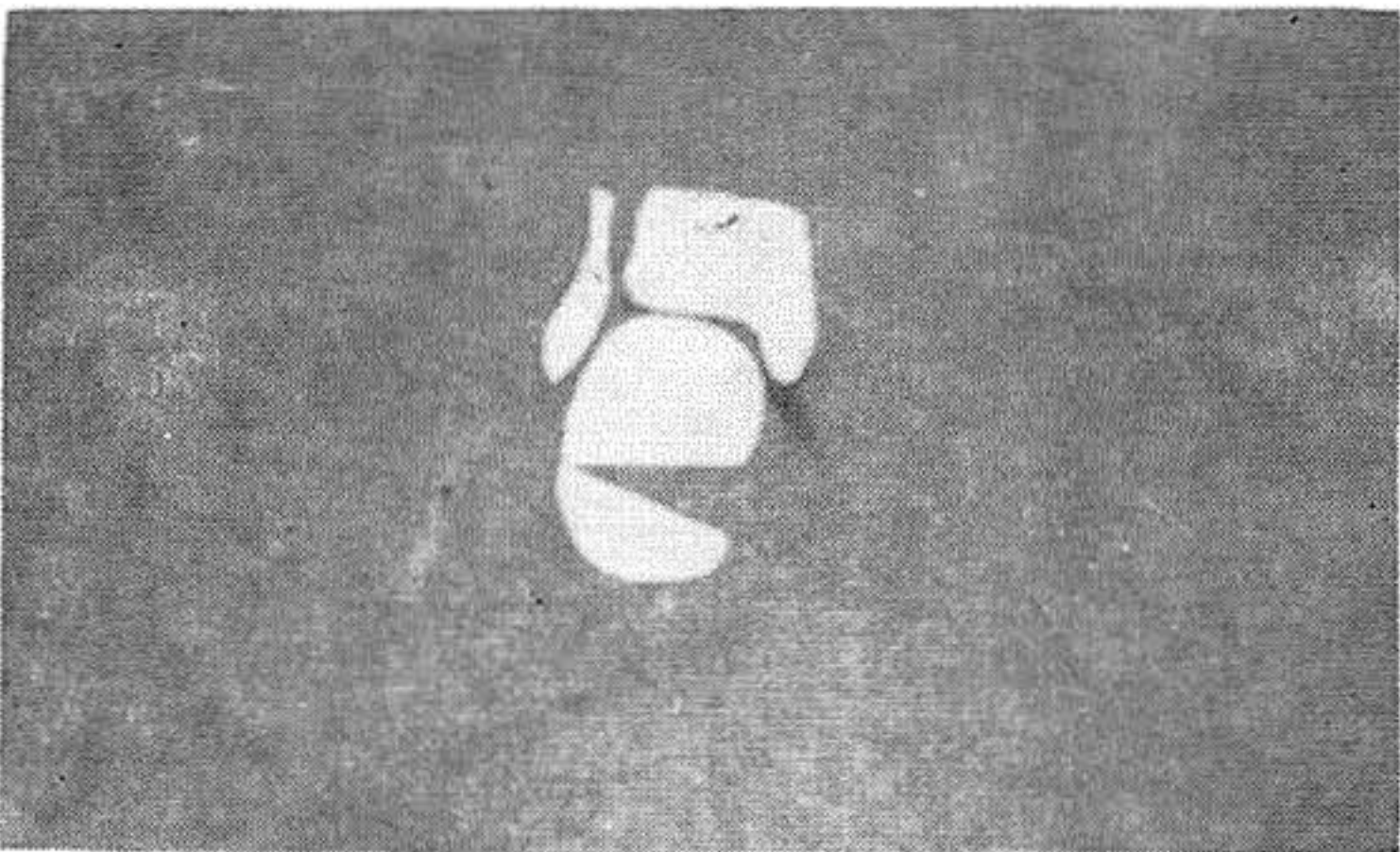
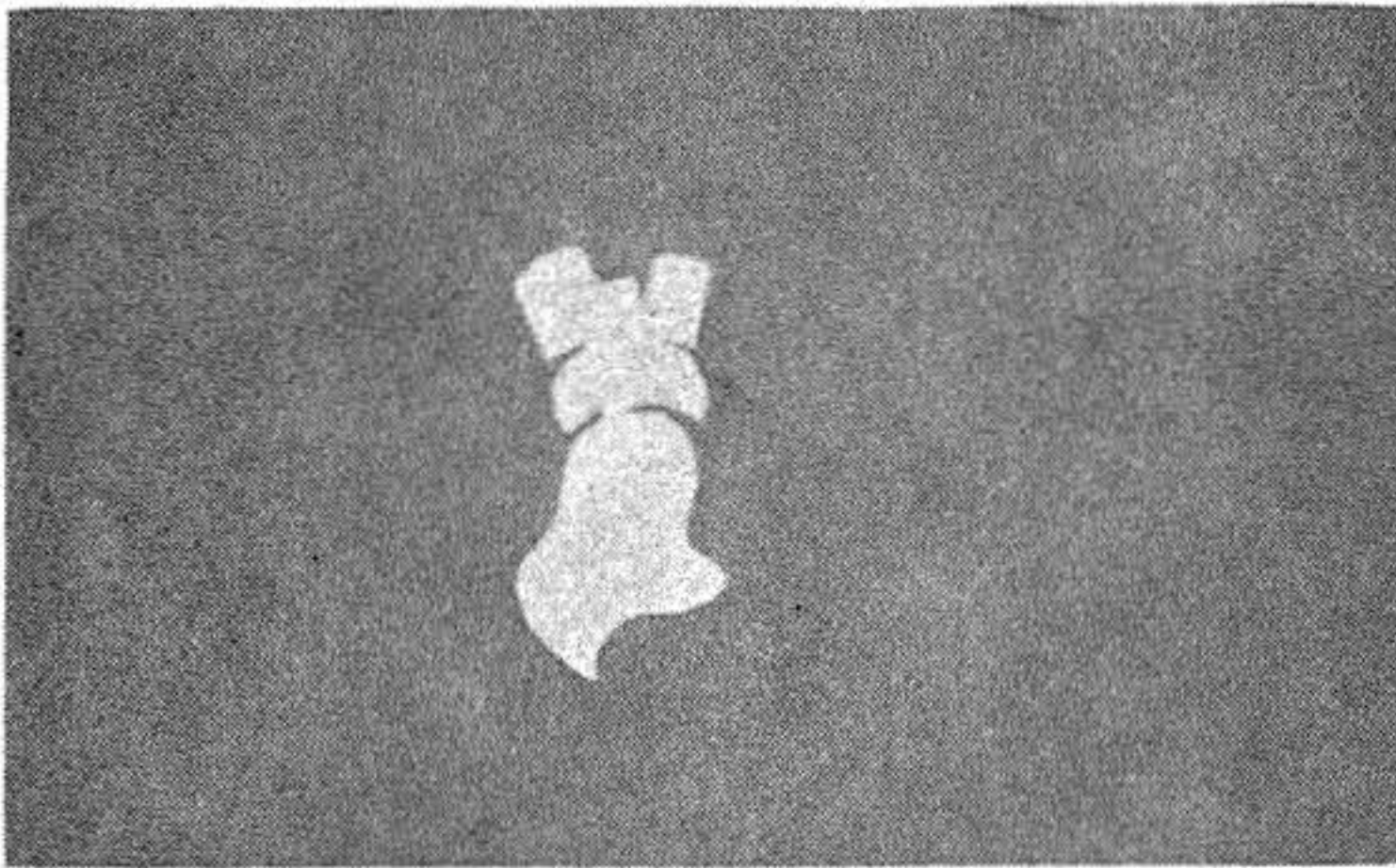
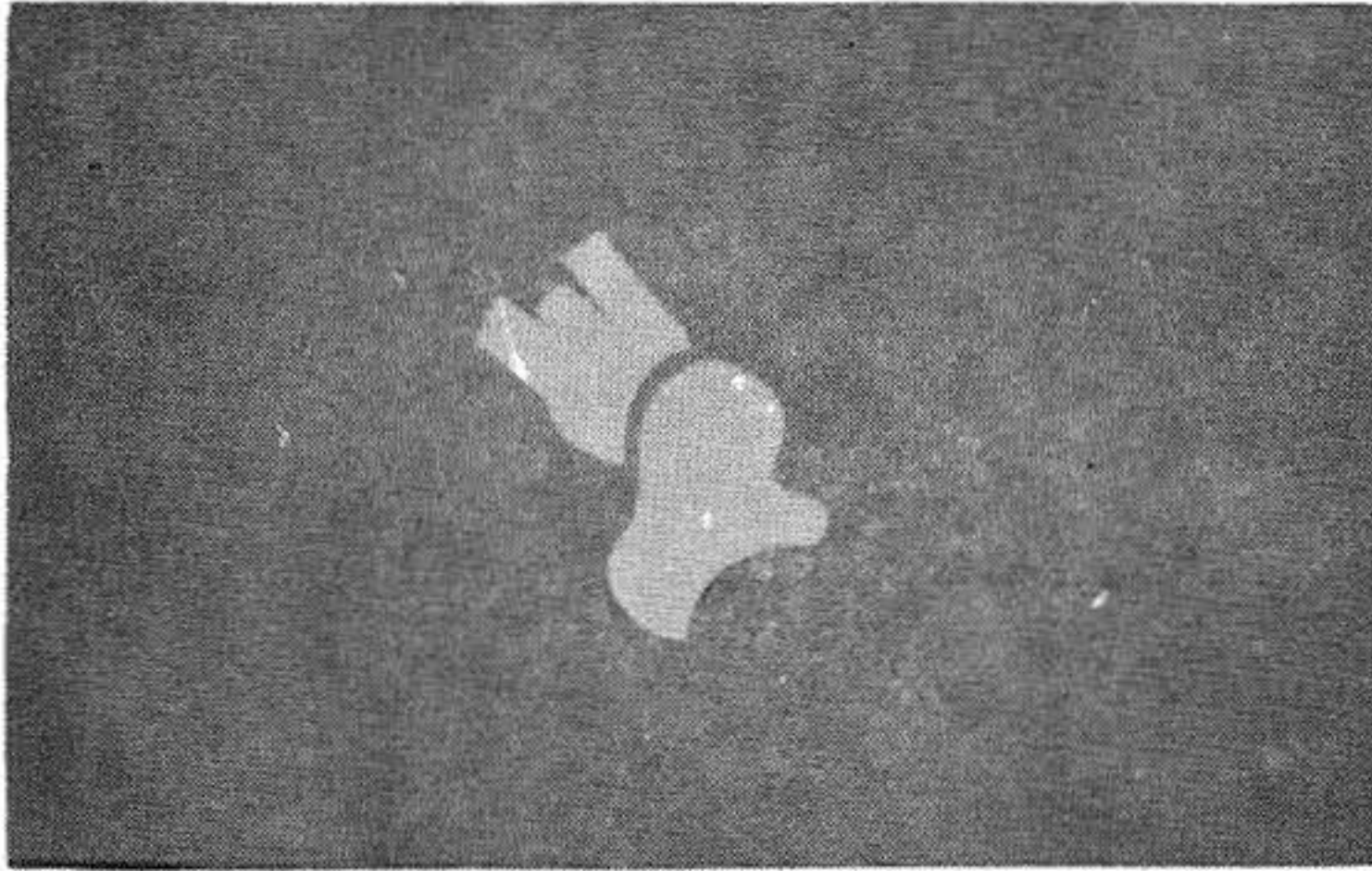


Fig. 5 A. Luxación astrágalo-escafoidea. B. Reducción. C. Capsulectomía subastragalina y corrección del varismo.

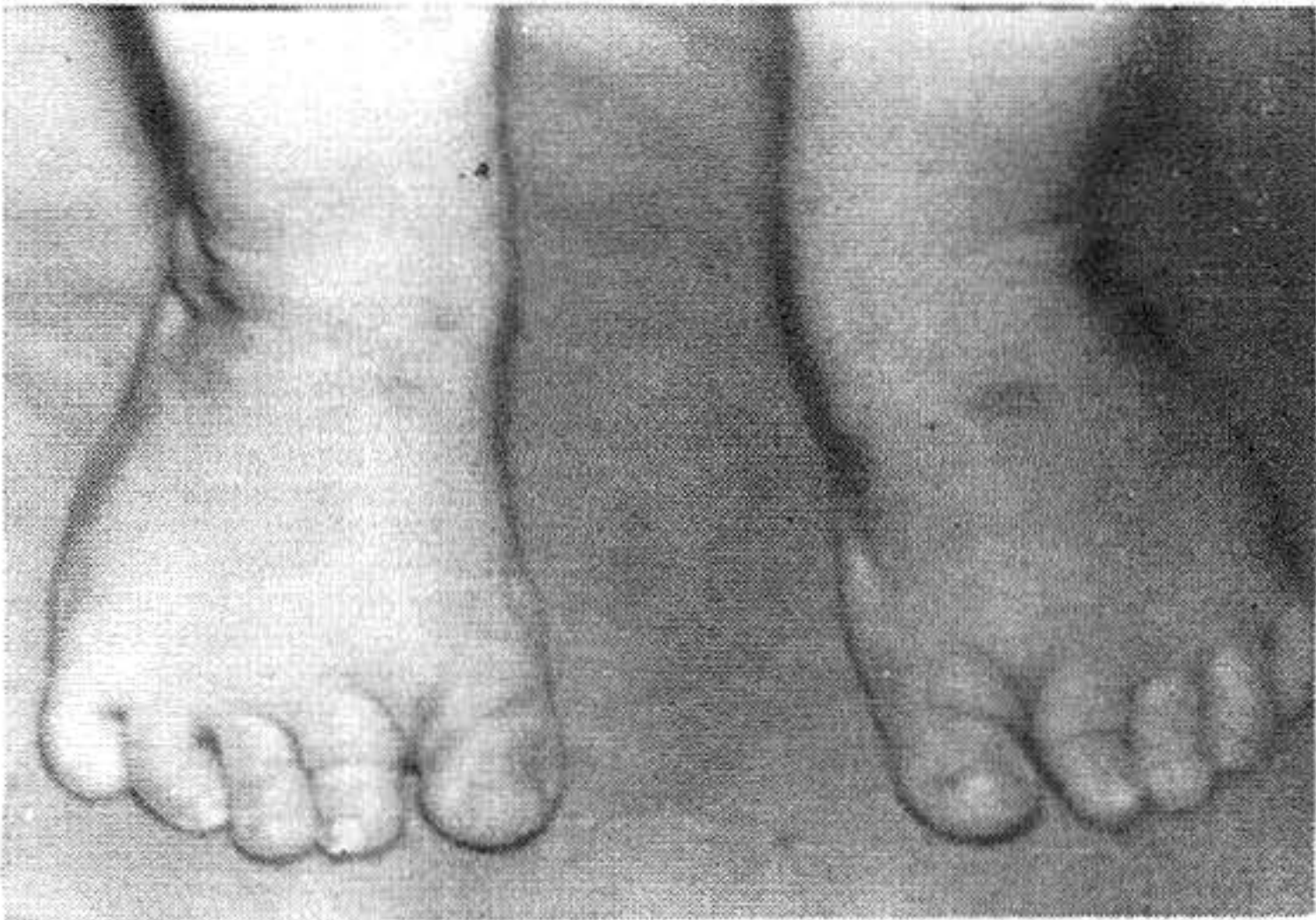
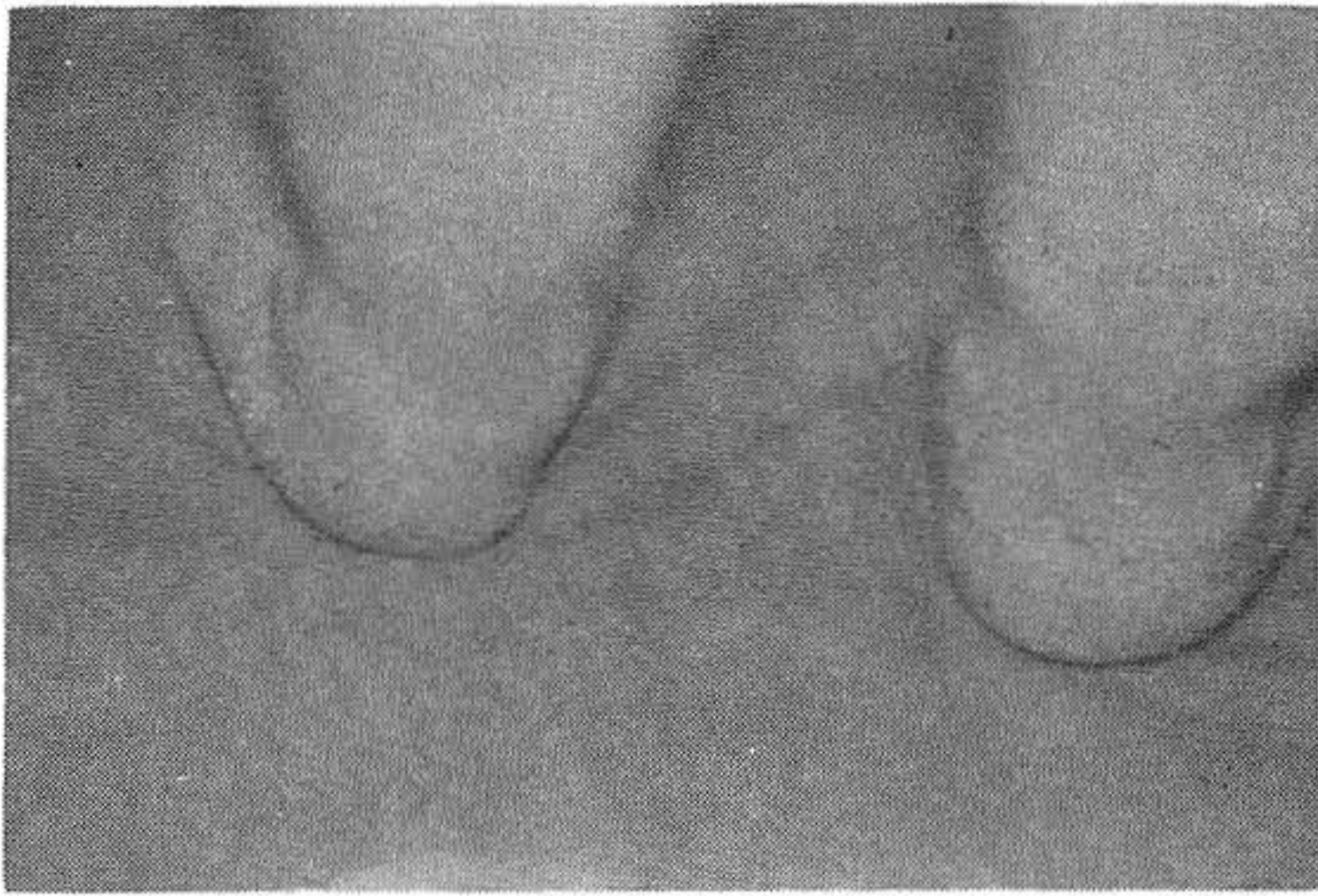
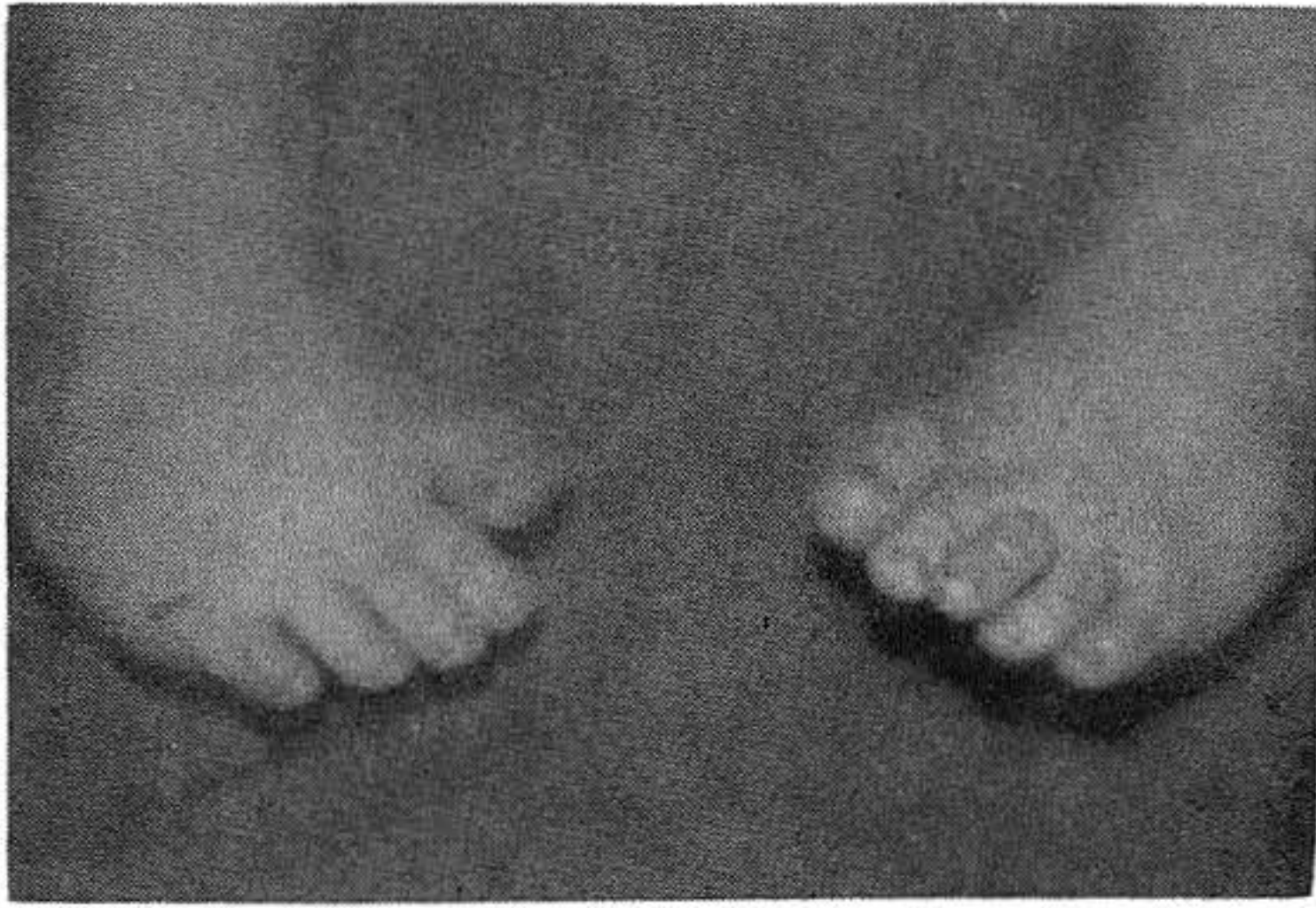


Fig. 6 A. Caso 1 Pie zambo bilateral. B. Resultado vista posterior. C. Resultado vista anterior.

En las figuras 6 A, B y C, se presenta un ejemplo intervenido con esta técnica.

COMPLICACIONES

Las complicaciones más frecuentes son la recidiva y la hipercorrección. La recidiva creemos es debida a la no reducción de la luxación astrágalo-escafoidea. En nuestra estadística se presenta en un 20%. La tratamos con la reintervención. La hipercorrección es nuestra pesadilla actual ya que hemos visto aumentar considerablemente en nuestros últimos casos 20%. Atribuimos este aumento al trasplante del tibial anterior lateralmente y a la gran diserción del abductor (Fig. 5C). La hipercorrección la tratamos con la operación de GRICE si el valgismo es sólo de retropié, y con la elongación del cuboides si recae en el antepié.

Pasados los 12 años tratamos las deformidades residuales con la tarsectomía cuneiforme de base anteroexterna y con la osteotomía cuneiforme de calcaneo de base externa.

RESULTADOS

Siguiendo estas normas hemos operado desde 1973-1977, 33 casos con los siguientes resultados:

1 9 7 3 — 1 9 7 7		
CASOS	33	
REVISADOS	17	
BUENOS	9	60%
RECIDIVADOS	4	20%
HIPERCORREG	4	20%

CONCLUSIONES

Creemos que el tratamiento debe ser precoz. Tratar con yesos y aparatos hasta el primer año. A partir de esta fecha operaciones sobre partes blandas. A partir de los doce, operaciones óseas. La recidiva la tratamos con la reintervención procurando reducir anatómicamente la articulación astrágalo-escafoidea. La hipercorrección cada vez más frecuente la tratamos con la operación de GRICE.

C A S U I S T I C A

Nombre	Edad	Diagnóstico
1. MORENO	2½ años	equino varo
2. VELAZ	2 años	equino varo
3. AVILA	3 años	equino varo
4. RAMIREZ	5 años	equino varo
5. SEGOVIA	2 años	equino varo
6. DE LA MAZA	1½ años	equino varo
7. MUÑOZ	1½ años	equino varo
8. MANCHADO	4 años	equino varo
9. DE LA CRUZ	1½ años	equino varo
10. CRESPO	3 años	equino varo
11. BARRAGAN	2 años	equino varo
12. RIBAS	2 años	equino varo
13. CALERO	6 años	equino varo
14. LAGUNA	6 años	equino varo
15. CABRE	6 años	equino varo
16. GARCIA	3 años	equino varo
17. GUERRERO	6 años	equino varo
18. REGUEIRO	8 años	equino varo
19. SANCHEZ	2 años	equino varo
20. TERUEL	8 años	equino varo
21. GARRIDO	12 años	equino varo
22. ROJAS	3 años	equino varo
23. PLANAS	2½ años	equino varo
24. GUIRADO	6 años	equino varo
25. RUIZ	6 años	equino varo
26. CASTELLVI	3 años	equino varo
27. RASO	3 años	equino varo
28. MARTIN	7 años	equino varo
29. MARZO	5 años	artrogriposis
30. CIRUELO	8 años	equino varo
31. TORRICOS	6 años	equino varo
32. QUESADA		equino varo
33. SOLER	1 año	artrogriposis

B I B L I O G R A F I A :

1. MERCER, W.: Orthopaedic surgery. Ed. Arnold. London 1956.
2. PAIS, C.: Ortopedia. Ed. Milani. Padova. 1956.
3. TURCO, V.: "Surgical correction of resitant club foot". The Journal of Bone and joint Surgery 53A; 477, 1971.